



# SUBJECTIVE EVALUATION OF ADMISSION AND FIRST DAYS OF HOSPITALIZATION AT A PSYCHIATRIC WARD FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENTS

## SUBIEKTYWNA OCENA PRZYJĘCIA I PIERWSZYCH DNI HOSPITALIZACJI NA ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM Z PERSPEKTYWY PACJENTÓW

Piotr Błądziński<sup>1</sup>, Marta Hał<sup>2</sup>, Artur Daren<sup>1</sup>, Dawid Kruk<sup>3</sup>,  
Anna Depukat<sup>2</sup>, Łukasz Cichocki<sup>2,4</sup>,  
Krzysztof Wojtasik-Bakalarz<sup>5</sup>, Małgorzata Bryła<sup>2</sup>,  
Kamila Wronkiewicz<sup>2</sup>, Małgorzata Dudek<sup>2</sup>,  
Małgorzata Prus-Piotrowicz<sup>2</sup>, Magdalena Łukawska<sup>2</sup>,  
Martyna Kędziora-Wysocka<sup>2</sup>, Aleksandra Woszczenko<sup>2</sup>,  
Andrzej Cechnicki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Community Psychiatry, Chair of Psychiatry, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

<sup>2</sup>Center for Education, Research and Development, The J. Babiński's Specialist Hospital, Krakow, Poland

<sup>3</sup>Schizophrenia Research Laboratory, Association for the Development of Community Psychiatry and Care, Krakow, Poland

<sup>4</sup>Department of Psychiatry, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Krakow, Poland

<sup>5</sup>Adult Psychiatry Clinic, The University Hospital in Krakow, Poland

Correspondence to/  
Adres do korespondencji:

Andrzej Cechnicki  
Zakład Psychiatrii Środowiskowej  
Katedra Psychiatrii CMUJ  
Pl. Sikorskiego 2/8  
31-115 Kraków, Polska  
e-mail: [andrzej.cechnicki@uj.edu.pl](mailto:andrzej.cechnicki@uj.edu.pl)

Submitted/Otrzymano: 17.04.2019

Accepted/Przyjęto do druku: 20.01.2020

<sup>1</sup>Zakład Psychiatrii Środowiskowej, Katedry Psychiatrii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

<sup>2</sup>Ośrodek Edukacji, Badań i Rozwoju, Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie, Polska

<sup>3</sup>Pracownia Badań nad Schizofrenią, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków, Polska

<sup>4</sup>Katedra Psychiatrii, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, Polska

<sup>5</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Polska

### Abstract

**Purpose:** An assessment of the subjective experience of admission and first days of hospitalization at a psychiatric hospital and an analysis of its associations with socio-demographic and clinical factors.

**Methods:** Analyses comprised data on 297 subjects. Diagnoses comprised the whole spectrum of F0-F9 according to ICD-10, the most numerous being F2 (39%), F1 (17%), F3 (16%) and F0 (11%). 30% of the subjects were hospitalised for the first time and 18% were admitted without consent. They were asked to evaluate the situation of being admitted and the first days of their hospitalization 4 to 10 days after the admission. The FEA-P questionnaire was used, with seven dimensions: attitude towards staff, explanation of treatment plan, housing conditions, critical remarks to staff, perception of other patients, perception of ward rules and ward atmosphere.

**Results:** The total averaged rating on a five-point scale was 3.8. The admission and first days of hospitalization were rated better by older people, by persons with parental roles, patients with a co-morbid somatic illness and those admitted voluntarily. Women from female units were more critical than men. The investigated predictors explained from 11% to 20% of different aspects of the experience of admission and first days of hospitalization.

**Conclusions:** The majority of respondents assessed positively all aspects of admission and their first days of hospitalization. One of the most important predictors of higher ratings of the admission and first days of hospitalization was the older age of the subjects. Moreover, more critical evaluation was related to the type of ward (co-educational or single-sex) the subjects were staying in, with women from female units showing the most critical appraisals. The results obtained point to the significance of both demographic variables as well as the surroundings as regards the reception of the situation of admission into hospital.

**Key words:** psychiatric hospitalization, subjective experience, prognostic factors.

## Streszczenie

**Cel:** Ocena przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym i analiza związku z czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi.

**Metody:** Analizy objęły grupę 297 osób. Diagnozy osób badanych należały do całego spektrum F0–F9 wg ICD-10, z najliczniejszymi grupami diagnoz F2 (39%), F1 (17%), F3 (16%) oraz F0 (11%). Spośród hospitalizowanych 30% było hospitalizowanych po raz pierwszy, a 18% bez zgody w momencie przyjęcia. Pacjenci oceniali sytuację przyjęcia i pierwsze dni hospitalizacji w okresie od 4. do 10. dnia po przyjęciu. Wykorzystano kwestionariusz FEA-P, którego siedem wymiarów obejmuje: stosunek do personelu, wyjaśnienie planu terapii, warunki lokalowe, krytyczne komentarze do personelu, postrzeganie współpacjentów, ocenę reguł i ocenę atmosfery na oddziale.

**Wyniki:** Średnia ocena w pięciopunktowej skali wynosiła 3,8. Lepiej sytuację przy przyjęciu i pierwsze dni hospitalizacji oceniali osoby starsze, pełniące funkcje rodzicielskie, z towarzyszącą chorobą somatyczną oraz przyjmowane bez przymusu. Kobiety z oddziałów żeńskich były bardziej krytyczne niż mężczyźni. Badane czynniki rokownicze wyjaśniały od 11% do 20% różnych aspektów oceny przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji.

**Wnioski:** Większość badanych ocenia pozytywnie wszystkie badane aspekty dotyczące przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji. Jednym z najważniejszych predyktorów lepszej oceny przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji okazał się wyższy wiek badanych. Ponadto krytycyzm w ocenie wiązał się z typem (koedukacyjny czy jednopłciowy) oddziału, na jakim przebywali badani, przy czym kobiety z oddziałów kobiecych wykazywały największy krytycyzm. Uzyskane wyniki wskazują zatem na istotność zarówno zmienionych demograficznych, jak i otoczenia dla odbioru sytuacji przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji.

**Słowa kluczowe:** hospitalizacja psychiatryczna, subiektywne przeżywanie, czynniki rokownicze.

## INTRODUCTION

Experiences related to psychiatric hospitalisation, especially a patient's first one, influence the attitude towards further psychiatric care. In the literature, admission to a psychiatric hospital is analysed with regard to several important aspects. Research has dealt with the subjective experience of being a patient of a closed psychiatric ward [1, 2] and the voluntary/involuntary character of admission [3], as well as factors related to satisfaction during psychiatric hospitalization [10]. The subject of investigation was the question of the sense of coercion [3–6], and especially the sense of coercion in persons voluntarily admitted to a psychiatric hospital [3–5, 7]. Studies show that patients who experience psychiatric hospitalisation as coercive to the greatest extent are elderly people [5], those admitted involuntarily, women and people generally less well-functioning [6]. Nicholson *et al.* [7] showed that about 50% of patients admitted with consent feel coercion at admission, while patients admitted without consent feel it to a greater extent and only 20–30% of this group want to stay in the hospital. Beattie

## WPROWADZENIE

Doświadczenia związane z hospitalizacją psychiatryczną, szczególnie z tą pierwszą, rzutują na postawę pacjenta wobec dalszej opieki psychiatrycznej. W literaturze sytuacja przyjęcia do szpitala psychiatrycznego jest analizowana w kilku istotnych aspektach. Analizowano subiektywne doświadczenie bycia pacjentem zamkniętego oddziału psychiatrycznego [1, 2] i dobrowolność hospitalizacji [3], a także czynniki związane z satysfakcją w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej [10]. Przedmiotem badań było zagadnienie poczucia przymusu [3–6], a szczególnie kwestia poczucia przymusu u osób dobrowolnie przyjętych na oddział [3–5, 7]. Z badań wynika, że pacjenci, którzy najbardziej odczuwają hospitalizację psychiatryczną jako sytuację przymusu, to osoby starsze [5], przyjęte wbrew woli, kobiety oraz ogólnie osoby gorzej funkcjonujące [6]. Nicholson i wsp. [7] wykazali, że ok. 50% pacjentów przyjętych za zgodą odczuwa przymus przy przyjęciu, a pacjenci przyjęci bez zgody odczuwają go w większym stopniu i tylko 20–30% z tej grupy chce pozostać w szpitalu. Z kolei Beattie i wsp. [8] stwierdzili,

*et al.* [8] found that admission to hospital is often traumatic and may cause PTSD.

Martin Driessen *et al.* [9] attempted to operationalise the opinions of patients at the time of admission by means of the FEA-P, i.e. Questionnaire of Subjective Experience on Admission to a Psychiatric Ward (*Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik*). The questionnaire consists of opinions and impressions most frequently communicated by patients. The Krakow study is a replication of the above study set against a different cultural background.

## METHODS

### Purpose and sample

This was an exploratory study. The research objectives were to describe the subjective evaluation of admission and first days of hospitalization at a psychiatric ward and to analyse the association between these ratings and demographic, social and clinical factors.

Patients evaluated the situation of admission to a psychiatric ward and the first three days of hospitalization from 4 to 10 days after the admission. The Joseph Babinski's Specialist Hospital in Krakow is a large psychiatric hospital, with catchment area of 2 million inhabitants and 743 beds, 270 of which are in general psychiatric wards. The study was conducted in two female, two male and two mixed units. The data were collected by the permanent staff of the ward or by resident physicians. Of 600 people admitted to the Joseph Babinski's Specialist Hospital in Krakow in the period from November 2016 to March 2017, 525 were invited to participate in the study. The exclusion criteria were age below 18 years and the diagnosis of dementia and disorders of consciousness. Between the 4<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> day, after being informed about the purpose and course of the study, the patient gave their informed consent to participate, provided socio-demographic and clinical data and then anonymously evaluated the first three days of their stay in the ward, completing the FEA-P questionnaire. Conditions of anonymity and privacy were created for the patients to express a subjective opinion.

### Tools

The study used the FEA-P questionnaire (translated into Polish and then verified by back translation) consisting of 33 questions grouped in seven dimensions rated by patients (Table 2). The content of the items of this tool was diligently verified by its German authors, therefore it presents key aspects of the studied phenomenon [9]. The translation of the subscale names focused on the best possible wording and clinical meaning of the subscales in the setting of Polish psychiatric care. An analysis of associations between the total averaged FEA-P rating and

że przyjęcie do szpitala jest często traumą i może powodować zespół stresu pourazowego (PTSD).

Martin Driessen i wsp. [9] podjęli próbę operacjonalizacji opinii pacjentów w momencie hospitalizacji poprzez FEA-P, tj. Kwestionariusz subiektywnego przeżywania sytuacji przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (niem. *Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik*). Kwestionariusz składa się z najczęściej komunikowanych przez pacjentów opinii i wrażeń. Badanie krakowskie ma charakter replikacyjny w innych warunkach kulturowych.

## METODY

### Cel i badana grupa

Niniejsze badanie miało charakter eksploracyjny. Jako cele badawcze przyjęto opis subiektywnej oceny przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym oraz analizę związku tych ocen z czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi. Pacjenci oceniali sytuację przyjęcia na oddział i pierwsze trzy dni hospitalizacji w okresie od 4. do 10. dnia po przyjęciu. Szpital im. J. Babińskiego w Krakowie jest dużym szpitalem psychiatrycznym obejmującym leczeniem dwumilionową populację mieszkańców, mającym 743 łóżka, z czego 270 na oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Badanie prowadzono na dwóch oddziałach żeńskich, dwóch męskich i dwóch koedukacyjnych. Dane były zbierane przez personel stały oddziału lub przez lekarzy rezydentów. Spośród 600 osób kolejno przyjmowanych do tego szpitala w okresie od listopada 2016 r. do marca 2017 r. do badania zaproszono 525 osób. Kryteria wykluczenia stanowił wiek poniżej 18 lat oraz diagnoza zaburzeń otępiennych i zaburzeń świadomości. Pomiędzy 4. a 10. dniem pacjent, po poinformowaniu przez personel o celu i przebiegu badania, podpisywał świadomą zgodę na udział w badaniu, podawał dane społeczno-demograficzne i kliniczne, a następnie anonimowo oceniał pierwsze trzy dni pobytu na oddziale, uzupełniając kwestionariusz FEA-P. Stworzono warunki dla zachowania anonimowości i komfortu w celu wyrażenia subiektywnej opinii.

### Narzędzia

W badaniu wykorzystano wyżej wymieniony kwestionariusz FEA-P (tłumaczenie na język polski zweryfikowano metodą tłumaczenia zwrotnego, ang. *back translation*) złożony z 33 pytań grupujących się wokół siedmiu ocenianych zagadnień (tab. 2). Skład poszczególnych itemów tego narzędzia był rzetelnie weryfikowany przez jego niemieckich autorów, dzięki czemu prezentuje aspekty kluczowe dla badanego zjawiska [9]. W tłumaczeniu nazw poszczególnych skal kierowano się ogólnym najlepszym brzmieniem i znaczeniem klinicznym skali w polskich wa-

socio-demographic and clinical factors was carried out, as well as an analysis of associations between individual dimensions of FEA-P and these factors.

The survey of socio-demographic and clinical factors included 26 items. Apart from routine questions, the level of a patient's own motivation on a 7-point scale was also examined, as well as the circumstances of admission, the fact of consent or lack thereof to admission, agreeing on hospitalisation with an outpatient-care psychiatrist or the fact that the patient's outpatient-care psychiatrist was employed in the ward in which the study was conducted. The consent of the Bioethical Committee of the Jagiellonian University Collegium Medicum was obtained.

## Statistical analyses

In the first step, the associations of selected demographic, social and clinical variables with the ratings of the FEA-P questionnaire were analysed. For this purpose, non-parametric Mann-Whitney and Kruskal-Wallis *U* tests, as well as Spearman's regression coefficient were used. Due to the size of the study group and based on the central limit theorem, it was also decided to present the results of analyses with parametric equivalents of the above methods (Welch's *t*-test, Welch's ANOVA, Pearson's regression coefficient). In the next step, a multiple regression analysis was performed using the bootstrap method in order to increase its accuracy. The analysis included results from seven surveyed areas using the FEA-P questionnaire and the total averaged rating as dependent variables. Based on the presented analyses, the following predictors were distinguished: age in years, sum of neuroleptics converted to mg of chlorpromazine and sum of antidepressants converted to mg of sertraline. In addition, dichotomous variables were also taken into account, i.e.: whether the current hospitalization was the first psychiatric hospitalization, whether the examined person had somatic illness, whether he or she had children and whether the admission took place with his or her consent, as well as the variable of associating the gender of the examined person with the type of unit in which he or she was staying (gender-homogenous vs mixed), where dichotomization was also applied – assuming the group of women from female units as the base level, three dichotomous variables were created: women from mixed units, men from male units and men from mixed units.

## RESULTS

525 people were invited to participate in the study, of which 428 gave their consent and 97 did not. Of the people who did consent, 297 patients had complete data (Table 1A). The demographic and clinical data for this final study group are presented in Table 1B. 62.6% of people were on a course of study or on an internship, and 30.3%

runkach opieki psychiatrycznej. Przeprowadzono analizę związków ogólnego wyniku FEA-P z czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi oraz analizę związku poszczególnych wymiarów FEA-P z tymi czynnikami.

Ankieta czynników społeczno-demograficznych i klinicznych zawierała 26 punktów. Poza rutynowymi pytaniami badano poziom motywacji własnej pacjenta na 7-stopniowej skali, okoliczności przyjęcia, fakt wyrażenia zgody lub jej braku na przyjęcie, uzgodnienie przyjęcia z lekarzem ambulatoryjnym czy fakt zatrudnienia na oddziale prowadzącym badanie lekarza ambulatoryjnego pacjenta. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM.

## Analizy statystyczne

W pierwszym kroku analizowano związki wybranych zmiennych demograficzno-społecznych i klinicznych z wynikami kwestionariusza FEA-P. W tym celu wykorzystano nieparametryczne testy *U* Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa oraz współczynnik regresji Spearmana. Ze względu na wielkość grupy badanej i w oparciu o centralne twierdzenie graniczne zdecydowano się także przedstawić wyniki analiz z parametrycznymi odpowiednikami powyższych metod (test *t* Welcha, ANOVA Welcha, współczynnik regresji Pearsona). W kolejnym kroku przeprowadzono analizę za pomocą regresji wielorakiej z wykorzystaniem metody bootstrap w celu zwiększenia jej trafności. Do analizy włączono wyniki z siedmiu obszarów badanych za pomocą kwestionariusza FEA-P oraz uśredniony wynik całkowity jako zmienne zależne. Z kolei na podstawie przedstawionych wcześniej analiz wyróżniono następujące czynniki rokownicze: wiek w latach, suma neuroleptyków w przeliczeniu na miligram chlorpromazyny, suma antydepresantów w przeliczeniu na miligram sertraliny, uwzględniono również zmienne dychotomiczne, tj. czy obecna hospitalizacja była pierwszą hospitalizacją psychiatryczną, czy osoba badana ma chorobę somatyczną, czy ma dzieci, czy przyjęcie odbyło się za jej zgodą, oraz zmienną wiążącą płeć osoby badanej z typem oddziału, na którym przebywała (jednopłciowy vs. mieszany), gdzie zastosowano również dychotomizację – przyjmując grupę kobiet z oddziałów kobiecych jako poziom bazowy stworzono trzy zmienne dychotomiczne: kobiety z oddziałów mieszanych, mężczyźni z oddziałów męskich i mężczyźni z oddziałów mieszanych.

## WYNIKI

Do badania zaproszono 525 osób, z czego 428 osób wyraziło zgodę na badanie, a 97 jej nie wyraziło. Spośród osób, które wyraziły zgodę, pełne dane uzyskano dla 297 pacjentów (tab. 1A). Dane demograficzne i kliniczne dla tej ostatecznej grupy badanej przedstawiono w tabeli 1B. W trakcie studiów lub na stażu było 62,6%, a hospitali-

**Table 1.** Socio-demographic characteristics, duration of hospitalization and pharmacotherapy for the study group (N = 297)  
**Tabela 1.** Charakterystyka społeczno-demograficzna oraz pod względem długości hospitalizacji i zastosowanej farmakoterapii grupy badanej (N = 297)

Demographic and clinical data/Dane demograficzne i kliniczne	N = 297	%
Education level/Edukacja – stopień		
Primary (mandatory)/Podstawowy (obowiązkowa)	21	7.1
Lower secondary (mandatory)/Gimnazjalny (nowa obowiązkowa)	15	5.1
Vocational/Zawodowy	84	28.3
Secondary/Średni	102	34.3
Post-secondary vocational/Pomaturalny	17	5.7
Higher/Wyższy	58	19.5
Marital status/Stan cywilny		
Married/W związku małżeńskim	78	26.3
Informal partnership/W związku nieformalnym	10	3.4
Separated/W separacji	3	1.0
Divorced/Po rozwodzie	36	12.1
Widowed/Wdowieństwo	8	2.7
Single/Brak związku	162	54.5
Child/children/Dziecko/dzieci		
Has a child/children/Posiadanie dziecka/dzieci	125	43.1
Employment/Zatrudnienie		
Full-time/Zatrudnienie na etat	111	37.4
Student/internship/Studia/staż	13	4.4
On benefits/Na rencie	94	31.6
Retired/Na emeryturze	8	2.7
Unemployed/Brak zatrudnienia	71	23.9
Arrival at hospital/Przybycie do szpitala		
Alone/Samodzielnie	87	29.3
With family/Z rodziną	95	32.0
In ambulance/W ambulansie	78	26.3
In ambulance with the police/W ambulansie i z policją	37	12.5
First hospitalization ever/Hospitalizowany pierwszy raz	90	30.3
First hospitalization in this ward/Pierwsza hospitalizacja na danym oddziale	186	62.6
Hospitalization planned with the psychiatrist in charge/Hospitalizacja planowana z psychiatrą	218 (4 no data/ 4 – brak danych)	74.4
Addiction/Uzależnienie	118	39.7
Somatic illness/Choroba somatyczna	103	34.7
Gender/Płeć		
Women/Kobieta	136	45.8
Men/Mężczyzna	161	54.2
Acceptance in the ward/Przyjęcie na oddział		
With consent/Za zgodą	239	80.5
Consent given later/Zgoda wyrażona później	28	9.4
Consent withdrawn later/Zgoda wycofana później	4	1.3
No consent given/Brak zgody	26	8.8



**Table 1. Cont.**

**Tabela 1. Cd.**

Demographic and clinical data/Dane demograficzne i kliniczne					N = 297	%
Diagnostic group ICD-10/Grupa diagnostyczna wg ICD-10						
F0					32	10.8
F1					51	17.2
F2					117	39.4
F3					48	16.2
F4					20	6.7
F5					1	0.3
F6					22	7.4
F7					4	1.3
F8					0	0.0
F9					2	0.7
Factor/ Czynnik	Mean/ Średnia	Standard deviation/ Odchylenie standardowe	Median/ Mediana	Range/ Rozstęp	Percentage of patients (%) / Procent badanych (%)	
Age (years)/Wiek (lata)	39.7	12.7	37	19-72		
Length of hospitalization (days)/ Długość hospitalizacji (dni)	31.5	20.6	28	1-133		
Dosage of neuroleptics converted to chlorpromazine (mg)/ Dawka leków przeciwpsychotycznych w przeliczeniu na chlorpromazynę (mg)	370.7	384.9	250	0-2000	228 (76.8%)	
Dosage of antidepressants converted to sertraline (mg)/ Dawka leków przeciwdepresyjnych w przeliczeniu na sertralinę (mg)	33.4	55.6	0	0-350	116 (39.1%)	
Equivalent of patient's dosage – benzodiazepines/ Ekwiwalent dawki pacjenta – benzodiazepiny	1.4	8.6	0	0-120	21 (7.1%)	

**Table 2.** Ratings of subjective experience of admission to a psychiatric ward on FEA-P self-report scale in the group (n = 297) (P1 – first subscale, etc.)

**Tabela 2.** Wyniki subiektywnego przeżywania przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w skali samooceny FEA-P w całej grupie (n = 297) (P1 – podskala pierwsza itd.)

FEA-P scores (scale 1-5)/Wyniki FEA-P (skala 1–5)	N = 297				
	Mean/ Średnia	Median/ Mediana	SD/ Odchylenie standardowe	Min.	Max.
FEA-P1 positive attitude toward nurses/ FEA-P1 pozytywny stosunek do personelu pielęgniarskiego	4.1	4.4	0.9	1.0	5.0
FEA-P2 explanation of therapy plan/ FEA-P2 wyjaśnienie planu terapii	3.8	3.8	1.1	1.0	5.0
FEA-P3 housing conditions/ FEA-P3 warunki lokalowe	3.8	4.0	1.0	1.0	5.0
FEA-P4 critical comments about medical personnel/ FEA-P4 krytyczne komentarze wobec personelu medycznego	3.8	3.8	0.8	1.0	5.0
FEA-P5 negative perception of co-patients/ FEA-P5 negatywne postrzeganie współpacjentów	3.6	3.7	1.0	1.0	5.0
FEA-P6 perception of ward rules/ FEA-P6 postrzeganie reguł na oddziale	3.8	4.0	0.9	1.0	5.0
FEA-P7 atmosphere in the ward/ FEA-P7 atmosfera na oddziale	3.4	3.3	1.2	1.0	5.0
FEA-P total – average of 7 subscales/ FEA-P całkowity – średnia z 7 podskal	3.8	3.8	0.7	1.2	5.0

**Table 3.** Numbers and percentages of poor, moderate and good ratings of the admission situation for subsequent subscales and the total averaged FEA-P score

**Tabela 3.** Liczebności i procenty gorszych, średnich i lepszych ocen sytuacji przyjęcia dla podskal i wyniku całkowitego FEA-P

FEA-P subscales and frequencies of low, medium and high ratings/ Podskale FEA-P i częstości ocen niskich średnich i wysokich	1-2.5	> 2.5-3.5	> 3.5-5
FEA-P1 positive attitude toward nurses/ FEA-P1 pozytywny stosunek do personelu pielęgniarskiego	20 6.7%	61 20.6%	216 72.7%
FEA-P2 explanation of therapy plan/ FEA-P2 wyjaśnienie planu terapii	45 15.2%	73 24.5%	179 60.3%
FEA-P3 housing conditions/ FEA-P3 warunki lokalowe	36 12.1%	79 26.6%	182 61.3%
FEA-P4 critical comments about medical personnel/ FEA-P4 krytyczne komentarze wobec personelu medycznego	20 6.7%	81 27.3%	196 66.0%
FEA-P5 negative perception of co-patients/ FEA-P5 negatywne postrzeganie współpacjentów	39 13.1%	98 33%	160 53.9%
FEA-P6 perception of ward rules/ FEA-P6 postrzeganie reguł na oddziale	25 8.4%	78 26.3	194 65.3%
FEA-P7 atmosphere in the ward/ FEA-P7 atmosfera na oddziale	72 24.2%	79 26.6%	146 49.2%
FEA-P total – average of 7 subscales/ FEA-P całkowity – średnia z 7 podskal	13 4.4%	88 29.6%	196 66.0%

were being hospitalized for the first time. The group admitted without consent accounted for 18.2% of the sample (Table 1B). In the studied group ( $n = 297$ ), the mean of the subjective evaluations of hospital admission and first days in the hospital equalled 3.8 on a 1-5 scale (Table 2).

For a general evaluation of results, a three-level breakdown of the subjective experience of admission and first days of hospitalization was produced (Table 3). 66% of the respondents rated the situation as good. Only 4.4% of the respondents gave a poor rating. There were no significant differences in the groups of patients taking and not taking neuroleptics, except for the “trend” ( $p = 0.086$ ) in the assessment of the atmosphere, which was better in the former group (Table 4).

A significant association of subjective experience of admission and first days of hospitalization at a psychiatric ward with socio-demographic and clinical variables is presented in Tables 5A and 5B.

Apparently, age correlates with the FEA-P ratings – a better rating is associated with higher age on almost every subscale. On the other hand, the group of patients having children indicated on almost every scale and on average higher ratings than those without children. Again, the only exception was the evaluation of the perception of co-patients.

The most significant factors for well-being at admission, as measured with FEA-P, are: older age, experiencing a co-morbid illness and fulfilling parental roles.

The associations between gender, type of unit (mixed/gender-homogenous) and the subjective evaluation of admission to hospital were analysed separately (Table 6). Women from female units were the most critical, but women from mixed units were the least critical (FEA-P4, FEA-P7) or at the same level as men.

zowanych po raz pierwszy 30,3% osób. Grupa przyjęta bez zgody stanowiła łącznie 18,2% (tab. 1B). W zbadanej grupie ( $n = 297$ ) średnia subiektywnych ocen przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym wyniosła 3,8 na skali 1–5 (tab. 2).

Dla ogólnej oceny uzyskanych wyników przyjęto trzypięciowy podział oceny sytuacji przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji (tab. 3). Sytuację tę oceniło pozytywnie 66% osób. Ocenę negatywną wystawiło jedynie 4,4% badanych. Nie było istotnych różnic w grupach osób zażywających i niezażywających neuroleptyków, poza „trendem” ( $p = 0,086$ ) w ocenie atmosfery, która była lepsza w pierwszej z grup (tab. 4).

Istotny związek oceny przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym ze zmiennymi społeczno-demograficznymi i klinicznymi przedstawiono w tabelach 5A i B.

Najwyraźniej z wynikami skali FEA-P koreluje wiek – lepsza ocena wiąże się z wyższym wiekiem niemal na każdej z podskal. Z kolei grupa osób, które mają dzieci, niemal na każdej skali wskazywała średnio wyższe oceny niż bezdzietni. Ponownie jedynym wyjątkiem była ocena dotycząca postrzegania współpacjentów.

Największe znaczenie dla dobrego samopoczucia przy przyjęciu, mierzonego skalą FEA-P, mają: późniejszy wiek, doświadczanie chorób współistniejących i pełnienie funkcji rodzicielskich.

Odrębnej analizie poddano związek pomiędzy płcią i typem oddziału (koedukacyjny/niekoedukacyjny) a oceną przyjęcia do szpitala (tab. 6). Kobiety z oddziałów żeńskich są krytyczne najbardziej, ale z oddziałów koedukacyjnych są krytyczne najmniej (FEA-P4, FEA-P7) albo na takim poziomie jak mężczyźni.

**Table 4.** Psychoticism – based on antipsychotics (AP)

**Tabela 4.** Psychotyczność – na podstawie zażywanych leków przeciwpsychotycznych (LPP)

Scale/ Skala	No AP/Bez LPP n = 63		AP intake/Zażywa LPP n = 234		Mann-Whitney U test/ Test U Manna-Whitneya	
	Mean/ Średnia	SD/Odchylenie standardowe	Mean/ Średnia	SD/Odchylenie standardowe	Z adjusted/ Z poprawione	p-level/ Poziom p
FEA-P1 positive attitude toward nurses/ FEA-P1 pozytywny stosunek do personelu pielęgniarskiego	4.17	0.98	4.10	0.92	0.95	ns
FEA-P2 explanation of therapy plan/ FEA-P2 wyjaśnienie planu terapii	3.82	1.09	3.77	1.07	0.50	ns
FEA-P3 housing conditions/ FEA-P3 warunki lokalowe	3.72	1.15	3.87	0.99	-0.63	ns
FEA-P4 critical comments about medical personnel/ FEA-P4 krytyczne komentarze wobec personelu medycznego	3.93	0.70	3.81	0.88	0.69	ns
FEA-P5 negative perception of copatients/ FEA-P5 negatywne postrzeganie współpacjentów	3.52	1.04	3.64	0.97	-1.02	ns
FEA-P6 perception of ward rules/ FEA-P6 postrzeganie reguł na oddziale	3.81	0.87	3.84	0.85	-0.27	ns
FEA-P7 atmosphere in the ward/ FEA-P7 atmosfera na oddziale	3.15	1.21	3.46	1.15	-1.71	0.09
FEA-P total – average of 7 subscales/ FEA-P całkowity – średnia z 7 podskal	3.73	0.75	3.78	0.70	-0.31	ns

**Table 5A.** Association of the subjective experience of admission to a psychiatric ward with socio-demographic and clinical variables – correlations

**Tabela 5A.** Związek subiektywnego przeżywania sytuacji przyjęcia do szpitala psychiatrycznego ze zmiennymi społeczno-demograficznymi i klinicznymi – korelacje

Scale/ Skala	Spearman's (Pearson's) correlation coefficients for the FEA-P association with:/ Współczynniki korelacji Spearmana (Pearsona) dla związku FEA-P z:				
	Age/ Wiek	Education/ Edukacja	Number of inpatient hospitalisations/ Liczba hospitalizacji stacjonarnych	Antidepr. dose (sertraline's equiv.)/ Dawkę antydepresantów (ekw. sertraliny)	Neurolep. dose (chlorpromazine's equiv.)/ Dawkę neuroleptyków (ekw. chlorpromazyny)
FEA-P1	0.40*** (0.37***)	-0.15**			-0.18** (-0.18**)
FEA-P2	0.37*** (0.36***)				-0.17** (-0.16**)
FEA-P3	0.31*** (0.29***)	-0.16**	0.13* (0.13*)		
FEA-P4	0.21*** (0.16**)			0.13* (0.13*)	-0.13* (-0.12*)
FEA-P5		-		-0.14* (-0.11*)	
FEA-P6	0.36*** (0.33***)		0.14* (0.14*)		(-0.17**)
FEA-P7	0.29*** (0.28***)	-0.15*	(0.13*)		
FEA-P-total/ FEA-P całkowity	0.37*** (0.36***)		(0.13*)		

\* ≤ 0.05, \*\* < 0.01, \*\*\* < 0.001

Another dimension analysed was consent/lack of consent to admission to hospital and subjective experience of this situation (Table 7).

Oceniano związek między zgodą lub brakiem zgody na przyjęcie do szpitala a subiektywnym przeżywaniem tej sytuacji (tab. 7).



**Table 5B.** Association of the subjective experience of admission to a psychiatric ward with socio-demographic and clinical variables – group breakdown with regard to selected variables

**Tabela 5B.** Związek subiektywnego przeżywania sytuacji przyjęcia do szpitala psychiatrycznego ze zmiennymi społeczno-demograficznymi i klinicznymi – podziały grupy względem wybranych zmiennych

Scale/ Skala	Average differences in FEA-P ratings as measured by Mann-Whitney's and Kruskal-Wallis's U-tests (and Welch's t-test and ANOVA) between: Średnie różnice w punktacji FEA-P mierzone za pomocą testów U Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisa (oraz testu t i ANOVA Welcha) pomiędzy:			
	Men vs. women/ Mężczyźni a kobietami (n = 136; n = 161)	Somat. illness vs. lack of somat. illness/ Z chorobą somatyczną vs brakiem choroby (n = 103; n = 194)	No children vs. with children/ Brakiem a posiadaniem dzieci (n = 172; n = 125)	Female vs. male vs. mixed units/ Żeńskimi, męskimi i mieszanymi oddziałami (n = 96; n = 82; n = 119)
FEA-P1	4.2 vs. 4.0 $p = 0.009$ ( $p = 0.020$ )	4.3 vs. 4.0 $p = 0.002$ ( $p = 0.001$ )	4.0 vs. 4.3 $p < 0.001$ ( $p < 0.001$ )	3.9 vs. 4.2 vs. 4.3 $p = 0.003$ post-hoc: female vs. mixed/ żeńskie vs mieszane: $p = 0.008$ post-hoc: female vs. mixed/ żeńskie vs mieszane: $p = 0.008$
FEA-P2		4.0 vs. 3.6 $p = 0.003$ ( $p = 0.002$ )	3.6 vs. 4.1 $p < 0.001$ ( $p < 0.001$ )	
FEA-P3	$p = 0.041$ (ns)		3.7 vs. 4.0 $p = 0.010$ ( $p = 0.009$ )	
FEA-P4		$p = 0.022$ (ns)	3.7 vs. 4.0 $p < 0.001$ ( $p = 0.006$ )	
FEA-P5				
FEA-P6			3.7 vs. 4.0 $p = 0.002$ ( $p = 0.005$ )	
FEA-P7			3.2 vs. 3.6 $p = 0.014$ ( $p = 0.009$ )	
FEA-P total/ FEA-P całkowity		3.9 vs. 3.7 $p = 0.033$ ( $p = 0.021$ )	3.6 vs. 3.9 $p < 0.001$ ( $p < 0.001$ )	

Admission and the first days of hospitalization were assessed better by patients admitted with consent, especially in the dimensions of an explained therapy plan, critical comments about medical personnel and overall evaluation.

The association between demographic and clinical factors and hospital admissions was analysed using the multiple regression method (Table 8). Apart from the “negative perception of co-patients” subscale (FEA-P5), all other regression models turned out to be highly significant ( $p < 0.001$ ) and the predictors explain from 11% to 20% of the results’ variability. A higher age of respondents, with the exception of the “critical comments to medical personnel” subscale (FEA-P4), correlated with a better rating on all other subscales and with the total averaged rating. Age was positively associated with variables related to having children and co-morbidity of somatic illness, which may explain their irrelevance in the models described.

Lepiej sytuację przyjęcia i pierwsze dni hospitalizacji oceniali pacjenci przyjęci za zgodą, szczególnie w wymiarach wyjaśnionego planu terapii, uwag krytycznych do personelu i całkowitej oceny.

Dokonano analizy związku czynników demograficznych i klinicznych z oceną przyjęcia do szpitala z użyciem metody regresji wielorakiej (tab. 8). Poza podskalą „negatywne postrzeganie współpacjentów” (FEA-P5) wszystkie pozostałe modele regresji okazały się wysoce istotne ( $p < 0.001$ ), a predyktory wyjaśniają w analizowanych wynikach od 11% do 20% zmienności wyników. Wyższy wiek badanych, poza podskalą „krytyczne komentarze wobec personelu medycznego” (FEA-P4), korelował z lepszą oceną na wszystkich pozostałych podskalach i z uśrednionym wynikiem całkowitym. Wiek był pozytywnie związany ze zmiennymi dotyczącymi posiadania dzieci i współwystępowania chorób somatycznych, co może tłumaczyć ich nieistotność w opisywanych modelach.

**Table 6.** Associations between gender, type of unit and subjective experience of admission to hospital

**Tabela 6.** Płeć i typ oddziału a przeżywanie przyjęcia do szpitala

Scale/ Skala	$W_{mix}/K_{mix}$ $n = 40$	$M_{mix}/M_{mix}$ $n = 79$	$W_i/K_i$ $n = 96$	$M_m/M_m$ $n = 82$	P-level for Kruskal-Wallis's test (and Welch's ANOVA)/ Poziom p dla testu Kruskalla- Wallisa (i ANOVA Welch)	Post-hoc comparison of mean grades (and HSD test for various n)/ Post-hoc porównanie średnich rang (i test HSD dla różnych n)
FEA-P1	4.2 (0.9)	4.3 (0.9)	3.9 (1.0)	4.2 (0.9)	$p = 0.007$ ( $p = 0.023$ )	$W_i-M_{mix}/K_i-M_{mix}$ $p = 0.007$ ( $W_i-M_{mix}/K_i-M_{mix}$ $p = 0.024$ )
FEA-P2	3.9 (1.1)	3.6 (1.1)	3.7 (1.1)	4.0 (1.1)	ns (ns)	
FEA-P3	3.9 (0.9)	4.0 (0.9)	3.6 (1.1)	3.9 (1.1)	ns (ns)	
FEA-P4	4.2 (0.7)	3.8 (0.8)	3.8 (0.8)	3.8 (0.9)	ns ( $p = 0.030$ )	(ns)
FEA-P5	3.7 (1.0)	3.5 (1.0)	3.5 (1.0)	3.8 (1.0)	ns (ns)	
FEA-P6	3.9 (0.8)	3.9 (0.9)	3.7 (0.9)	3.9 (0.9)	ns (ns)	
FEA-P7	3.6 (1.1)	3.5 (1.1)	3.2 (1.2)	3.5 (1.2)	ns (ns)	
FEA-P total/ FEA-P całkowity	3.9 (0.6)	3.8 (0.7)	3.6 (0.7)	3.9 (0.7)	ns (ns)	

**Table 7.** Consent, lack of consent and the experience of being admitted to hospital

**Tabela 7.** Zgoda i brak zgody a przeżywanie przyjęcia do szpitala

Scale/ Skala	No consent, mean (SD)/ Bez zgody, średnia (odch.) $n = 54$	With consent, mean (SD)/ Za zgodą, średnia (odch.) $n = 243$	P-level – Mann-Whitney's U-test (Welch's t-test)/ Poziom p – test U Manna-Whitneya (test t Welch)
FEA-P1	3.9 (1.0)	4.2 (0.9)	ns (ns)
FEA-P2	3.3 (1.3)	3.9 (1.0)	0.003 (0.003)
FEA-P3	3.6 (1.1)	3.9 (1.0)	0.053 (0.047)
FEA-P4	3.4 (0.8)	3.9 (0.8)	< 0.001 (< 0.001)
FEA-P5	3.5 (1.0)	3.6 (1.0)	ns (ns)
FEA-P6	3.7 (0.9)	3.9 (0.8)	ns (ns)
FEA-P7	3.2 (1.3)	3.4 (1.1)	ns (ns)
FEA-P total/ FEA-P całkowity	3.5 (0.8)	3.8 (0.7)	0.012 (0.011)
Distribution of diagnoses with regard to initial consent vs lack of initial consent n (%)/ Rozkład diagnoz względem początkowa zgoda vs. brak zgody na początku n (%)			
F0	1 (1.9)	35 (14.4)	
F1	6 (11.1)	44 (18.1)	
F2	23 (42.6)	89 (36.6)	
F3	12 (22.2)	40 (16.5)	
F4	7 (13.0)	11 (4.5)	
F5		1 (0.4)	
F6	5 (9.3)	20 (8.2)	
F7		2 (0.8)	
F9		1 (0.4)	

Gender in association with the type of unit (gender-homogenous vs mixed) in which the subjects were examined proved to be important in the case of the total averaged FEA-P rating and the “positive attitude towards nursing staff” subscale (FEA-P1). Men from male units and men from male and mixed units gave significantly higher ratings than women from female wards, which was the reference category for this dichotomised variable.

Płeć w powiązaniu z typem oddziału (jednopłciowy vs. koedukacyjny), na jakim przebywały osoby badane, okazała się istotna w przypadku wyniku całkowitego FEA-P i podskali „pozytywny stosunek do personelu pielęgniarskiego” (FEA-P1). Mężczyźni z oddziałów męskich oraz mężczyźni z oddziałów męskich i mieszanych dawali istotnie wyższe oceny niż kobiety z oddziału kobiecego, który był kategorią odniesienia dla tej zdychotomizowanej zmiennej.

**Table 8.** Analysis of the association between demographic and clinical factors and the subjective evaluation of admission to hospital in seven dimensions of the FEA-P questionnaire – results of a multiple bootstrapped regression

**Tabela 8.** Analiza związku czynników demograficznych i klinicznych z subiektywną oceną przyjęcia do szpitala w siedmiu badanych wymiarach kwestionariusza FEA-P – wyniki regresji wielorakiej z wykorzystaniem metody bootstrap

Dependant variable/ Zmienna zależna	Significant predictors/ Istotne predyktory	B	beta	Bootstrap results/Wyniki bootstrap		
				p	BCa CI 95%/ Przedział ufności BCa 95%	
					Lower bound/ Dolna granica	Upper bound/ Górna granica
FEA-P total/ FEA-P całkowity $R^2 = 0.174$ $p \leq 0.001$	Age (years)/Wiek (lata)	0.019	0.334	0.000	0.011	0.028
	AD (sertraline, mg)/LPD (sertralina, mg)	-0.002	-0.131	0.022	-0.003	0.000
	M – male unit/M – oddział męski	0.226	0.142	0.036	0.026	0.430
FEA-P1 $R^2 = 0.199$ $p \leq 0.001$	Age (years)/Wiek (lata)	0.023	0.313	0.000	0.012	0.033
	AP (chlorpromazine, mg)/LPP (chlorpromazyna, mg)	0.000	-0.165	0.002	-0.001	0.000
	M – male unit/M – oddział męski	0.360	0.172	0.007	0.112	0.609
	M – mixed unit/M – oddział mieszany	0.369	0.175	0.006	0.104	0.647
FEA-P2 $R^2 = 0.203$ $p \leq 0.001$	Age (years)/Wiek (lata)	0.027	0.317	0.000	0.016	0.037
	AP (chlorpromazine, mg)/ LPP (chlorpromazyna, mg)	0.000	-0.154	0.006	-0.001	0.000
	Admission with consent/Przyjęcie za zgodą	0.419	0.151	0.016	0.103	0.741
FEA-P3 $R^2 = 0.114$ $p \leq 0.001$	Age (years)/Wiek (lata)	0.023	0.282	0.000	0.010	0.035
FEA-P4 $R^2 = 0.106$ $p \leq 0.001$	Admission with consent/Przyjęcie za zgodą	0.440	0.202	0.000	0.203	0.678
FEA-P5 $R^2 = 0.052$ $p = 0.972$	Insignificant model/Model nieistotny					
FEA-P6 $R^2 = 0.158$ $p \leq 0.001$	Age (years)/Wiek (lata)	0.022	0.326	0.000	0.013	0.031
	AP (chlorpromazine, mg)/LPP (chlorpromazyna, mg)	0.000	-0.195	0.003	-0.001	0.000
FEA-P7 $R^2 = 0.120$ $p \leq 0.001$	Age (years)/Wiek (lata)	0.027	0.296	0.000	0.013	0.042
	AD (sertraline, mg)/LPD (sertralina, mg)	-0.003	-0.150	0.003	-0.005	-0.001

The bootstrap results were based on 2000 samples for each of the analysed regression models; AP – antipsychotics, AD – antidepressants/Wyniki metody bootstrap oparto na 2000 próbek dla każdego z analizowanych modeli regresji; LPP – leki przeciwpsychotyczne, LPD – leki przeciwdepresyjne

Patients taking higher doses of antipsychotics gave lower ratings in the following subscales: “positive attitude towards nursing staff” (FEA-P1), “explanation of therapy plan” (FEA-P2), and “perception of rules in the ward” (FEA-P6). On the other hand, higher doses of antidepressants were associated with a lower rating on the “atmosphere in the ward” subscale (FEA-P7) and with a lower total averaged rating.

## DISCUSSION

The study included 428 patients who consented to participate. Out of this number, full data were obtained from 297 (69%) patients. For comparison, in the Iversen *et al.* study [1], who investigated with a tool similar to FEA-P, although with two measurement points, 243 persons met the study criteria, of which 54% provided com-

Osoby zażywające większe dawki leków przeciwpsychotycznych dają niższe oceny w podskalach „pozytywny stosunek do personelu pielęgniarskiego” (FEA-P1), „wyjaśnienie planu terapii” (FEA-P2) i „postrzeganie reguł na oddziale” (FEA-P6). Z kolei większe dawki leków przeciwdepresyjnych wiązały się z niższą oceną na podskali „atmosfera na oddziale” (FEA-P7) i dla wyniku całkowitego.

## DYSKUSJA

Badaniem objęto grupę 428 pacjentów, którzy wyrazili zgodę na uczestnictwo. Z tej liczby pełne dane uzyskano od 297 (69%) pacjentów. Dla porównania w badaniu Iversena i wsp. [1], którzy badali podobnym narzędziem do FEA-P, chociaż dwupunktowo, 243 osoby spełniły kryteria badania, z których 54% dostarczyło pełne informacje. Podobnie w badaniu Bird i wsp. [10], którzy sprawdzali satysfakcję

plete information. Similarly, in a study by Bird *et al.* [10], who evaluated satisfaction with psychiatric hospitalization (a two-stage study), 53% of the patients consented to participate. Data collected by Iversen's, Bird's and our team show that psychiatric patients relatively often refuse to express their opinions (due to reluctance, fears, delusions?), and a large proportion of them are not able to fill in the form correctly or fully (severe symptoms, cognitive dysfunctions, resistance or lack of cooperation?). The fact that there is a large group of psychiatric patients falling out of analyses requires further research. Problems with completeness of the surveys may indicate a need of assistance or use of pollsters in studies of such population where various difficulties inherent in the studied situation could contribute to the missing data.

Patients generally rated the situation of admission and first days of hospitalization quite well (mean of 3.8 on a scale from 1 to 5) and slightly lower than patients in the German study by Driessen *et al.* [9]. The attitude towards the nursing staff (4.1) was rated the highest and the atmosphere in the ward was rated the lowest (3.4). Of some relevance to patients' better experience of admission to hospital was lower intake of neuroleptics (patients with less severe symptoms?), lower level of education or the experience of previous hospitalizations.

Similarly, in the Ratner *et al.* [11] study, women were found to be significantly more dissatisfied than men with regard to care and the overall evaluation. In our study, we obtained similar results, as women from female units gave more critical ratings than men in relation to nursing staff and the overall evaluation. Interestingly, women in mixed (female and male) units gave higher ratings, similar to those of men. It was also shown that men give higher ratings of nursing staff than women. Thus, co-education may be a factor mitigating the initial annoyance experienced in connection with hospitalization.

The main result of our study shows that older people were more satisfied with the conditions of hospitalization, which was correlated with having children and diagnosed somatic illness – contrary to the Gebhardt *et al.* study [12]. In their study, the patient's satisfaction depended on severity of symptoms and general functioning at discharge, problems during pharmacological treatment and diagnosis. This last result also was not confirmed in our study. In the study by Bird *et al.* [10], similarly to ours, a relationship of higher satisfaction with age was found. Other correlates included employment, having cohabitants at home, having friends, milder course of illness and first hospitalization, which were different from our study. In our study, only the equivalent dose of neuroleptics and/or antidepressants applied was significant in some dimensions, which may indicate the significance of weaker side effects and/or lower severity of symptoms. In turn, in the Kohler

z hospitalizacji psychiatrycznej (badanie dwuetapowe), 53% pacjentów wyraziło zgodę na udział w badaniu. Dane zespołów Iversena, Bird i naszego pokazują, że pacjenci psychiatryczni stosunkowo często odmawiają wyrażania opinii (z powodu niechęci, obaw, z przyczyn urojenowych?), a duża część nie jest w stanie poprawnie lub w pełni wypełnić formularza (nasilone objawy, dysfunkcje poznawcze, opór czy brak współpracy?). Fakt istnienia dużej grupy pacjentów psychiatrycznych wypadających z analiz wymaga dalszych badań. Problemy z kompletnością ankiet mogą wskazywać na potrzebę towarzyszenia lub wykorzystania ankietatorów w badaniach na takiej populacji, gdzie różne trudności związane z badaną sytuacją mogły przyczynić się do pojawienia się braków danych.

Pacjenci ogólnie dość dobrze oceniali sytuację przyjęcia i pierwsze dni hospitalizacji (średnia 3,8 na skali od 1 do 5), ale nieco niżej niż pacjenci w badaniu niemieckim Driessena i wsp. [9]. Najwyżej oceniany był stosunek do personelu pielęgniarskiego (4,1), a najniżej atmosfera panująca na oddziale (3,4). Pewne znaczenie w lepszej ocenie przyjęcia miał fakt stosowania u pacjenta niższych dawek neuroleptyków (pacjenci o mniej nasilonych objawach?), niższy stopień wykształcenia czy doświadczenie wcześniejszych hospitalizacji.

Podobnie w badaniu Ratnera i wsp. [11] kobiety okazały się istotnie bardziej niezadowolone od mężczyzn odnośnie do opieki i w ocenie ogólnej. W naszym badaniu uzyskaliśmy podobne wyniki, gdyż kobiety z oddziałów kobiecych wskazały oceny bardziej krytyczne niż mężczyźni w odniesieniu do personelu pielęgniarskiego oraz w ocenie ogólnej. Co ciekawe, kobiety na oddziałach mieszanych (damsko-męskich) dawały oceny wyższe, zbliżone do ocen mężczyzn. Wykazano też, że mężczyźni lepiej oceniają personel pielęgniarski niż kobiety. Koedukacja może być zatem czynnikiem łagodzącym początkowe przykrości przeżywane w związku z hospitalizacją.

Główny wynik naszego badania pokazuje, że osoby starsze były bardziej zadowolone z warunków hospitalizacji, co było skorelowane z posiadaniem dzieci i ze zdiagnozowaną chorobą somatyczną – w przeciwieństwie do badania Gebhardta i wsp. [12], w którym satysfakcja pacjenta zależała od nasilenia objawów i funkcjonowania ogólnego przy wypisie, problemów w trakcie leczenia farmakologicznego i diagnozy. Tego ostatniego wyniku nasze badanie również nie potwierdziło. W badaniu Bird i wsp. [10], podobnie jak w naszym, wykazano związek wyższego poziomu satysfakcji z leczenia z wiekiem. Innymi korelatami wyższej satysfakcji z leczenia były praca, mieszkanie z innymi osobami, posiadanie przyjaciół, łagodniejszy przebieg choroby i pierwsza hospitalizacja, czego nie potwierdzono w naszym badaniu. W naszym badaniu jedynie ekwiwalent zastosowanej dawki neuroleptyków i/lub leków przeciwpresyjnych był istotny w niektórych wymiarach, co może wskazywać na istotność słabszych objawów nie-

study [13], the overall satisfaction with treatment in a psychiatric ward was high. There was no difference between patients with different diagnoses. However, it was observed that severity of symptoms and co-morbidity in depressive disorders, and the amount of medication taken in patients with depressive disorders and schizophrenia were associated with lower satisfaction with treatment, which is partly confirmed – in the respect of medication doses – by our study. On the other hand, in our study there was no correlation between the experience of hospital admission and first days of hospitalization, and the diagnosis, duration of hospitalization or the person conducting the interview (permanent staff vs resident).

Using a multiple bootstrapped regression method, among various aspects of the admission and first days of hospitalization, the age of respondents turned out to be a predictor, which, apart from FEA-P4, was significantly correlated with a better rating on these scales. This variable probably explains the same variability in the evaluation of admission aspects as the variables related to having children and having somatic illnesses do; therefore, these two variables were not relevant in any of the regression models. It can be noted that gender in relation to the type of unit in which the subjects were examined proved to be important in the case of the overall satisfaction rating and the rating of nursing personnel (FEA-P total and FEA-P1), where men from male units and men from male and mixed units gave significantly higher ratings than women from female units. This association shows the importance of the surroundings as regards the experience of the admission and first days of hospitalization and requires further study. The importance of antipsychotics and antidepressants should also be mentioned. The higher the dose, the lower the score in several of the subscales.

Patients admitted without consent were surprisingly positive about hospital admission and first days of hospitalization. 18.2% experienced a critical and confrontational situation at the time of admission to hospital, while only 4.4% rated the satisfaction with the stay very low. Perhaps different FEA-P subscales are of different relevance to the evaluation of the first days of stay, e.g. the atmosphere or explanation of treatment plan is something different from housing conditions – the average rating may be misleading.

The utilitarian aim of the study is to give a message to the patient at the beginning of treatment that he or she may shape the conditions of treatment, which in turn may significantly reduce the sense of coercion. Interventions that may reduce the level of coercion felt by patients may increase their satisfaction with treatment [2].

## CONCLUSIONS

The majority of respondents assessed positively all aspects of admission and their first days of hospitaliza-

pożądanych i/lub mniejszego nasilenia objawów. Z kolei w badaniu Kohlera [13] ogólna satysfakcja z leczenia na oddziale psychiatrycznym była duża. Nie obserwowano różnicy między pacjentami z różnymi rozpoznaniem. Zauważono natomiast, że nasilenie objawów i współchorobowość w zaburzeniach depresyjnych oraz ilość przyjmowanych leków u chorych z zaburzeniami depresyjnymi oraz schizofrenią były związane z niższą satysfakcją z leczenia, co nasze badanie, odnośnie do dawek leków, częściowo potwierdza. W naszym badaniu natomiast nie wykazano związku pomiędzy przeżywaniem sytuacji przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji a diagnozą, czasem hospitalizacji czy osobą prowadzącą wywiad (personel stały vs. rezydent).

Przy zastosowaniu metody regresji wielorakiej z wykorzystaniem metody bootstrap wśród ocenianych aspektów sytuacji przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji wiek badanych okazał się predyktorem, który, poza FEA-P4, korelował istotnie z lepszą oceną na tych skalach. Ta zmienna tłumaczy prawdopodobnie tę samą zmienność w ocenie aspektów przyjęcia co zmienne dotyczące posiadania dzieci i chorób somatycznych, co spowodowało, że te dwie zmienne nie okazały się istotne w żadnym z modeli regresji. Można zauważyć, że płeć w powiązaniu z typem oddziału, na jakim przebywały osoby badane, okazała się istotna w przypadku ogólnej oceny satysfakcji i stosunku do personelu pielęgniarstwa (FEA-P całkowity i FEA-P1), gdzie mężczyźni z oddziałów męskich oraz mężczyźni z oddziałów męskich i mieszanych dawali istotnie wyższe oceny niż kobiety z oddziału kobiecego. Zależność ta wskazuje na znaczenie otoczenia w doświadczeniu przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji i wymaga dalszych badań. Należy też wspomnieć o znaczeniu leków przeciwpyszotycznych i przeciwd depresyjnych – im wyższa dawka, tym niższa ocena w kilku podskalach.

Pacjenci przyjęci bez zgody zaskakująco dobrze oceniali przyjęcie do szpitala i pierwsze dni hospitalizacji. Krytyczną i konfrontacyjną sytuację w chwili przyjęcia do szpitala przeżywało 18,2%, a tylko 4,4% oceniło satysfakcję z pobytu bardzo nisko. Być może różne podskale FEA-P mają różne znaczenie dla oceny pierwszych dni pobytu, np. czym innym jest atmosfera lub wyjaśnianie leczenia, a czym innym warunki mieszkaniowe – ocena średnia może być myląca.

Utylitarnym celem badania jest komunikat wysyłany do pacjenta na początku leczenia, że może kształtować warunki leczenia, co może z kolei istotnie zmniejszać poczucie przymusu. Interwencje, które mogą obniżyć poziom odczuwanego przymusu, mogą zwiększyć satysfakcję z leczenia [2].

## WNIOSKI

Większość badanych ocenia pozytywnie wszystkie badane aspekty dotyczące przyjęcia i pierwszych dni



tion. One of the most important predictors of higher ratings of the admission and first days of hospitalization was the older age of the subjects. Moreover, more critical evaluation was related to the type of ward (mixed or gender-homogenous) the subjects were staying in, with women from female units giving most critical appraisals. The obtained results point to the significance of both demographic variables as well as the surroundings as regards the reception of the situation of admission and first days of hospitalization.

## IMPLICATIONS AND LIMITATIONS OF THE STUDY

This study adds to our knowledge about the relationships of demographic and clinical factors with subjective evaluations of various aspects of admission and first days at a mental hospital. A significant limitation of the study is the relatively high loss of potential participants due to lack of consent or missing data in relation to the study design, although it is comparable to other similar studies. It should be noted that, despite anonymity, the conduct of the study by the hospital's personnel might have influenced either a lack of consent to participate or the questionnaire results due to concerns about potential consequences. Another issue is the fact that patients were evaluated within a single institution. In future studies, more attention could be given to the specificity of various diagnostic groups, as well as other important variables that could be included, e.g. severity of symptoms.

hospitalizacji. Jednym z najważniejszych predyktorów lepszej oceny przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji okazał się wyższy wiek badanych. Ponadto krytyczność w ocenie wiązała się z typem oddziału (koedukacyjny czy jednopłciowy), na jakim przebywali badani, przy czym kobiety z oddziałów kobiecych wykazywały największy krytycyzm. Uzyskane wyniki wskazują zatem na istotność zarówno zmiennych demograficznych, jak i otoczenia na odbiór sytuacji przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji.

## IMPLIKACJE I OGRANICZENIA BADANIA

Badanie to poszerza naszą wiedzę na temat związków czynników demograficzno-klinicznych z subiektywnymi ocenami różnych aspektów doświadczenia przyjęcia i pierwszych dni w szpitalu psychiatrycznym. Istotnym ograniczeniem badania jest stosunkowo duży ubytek potencjalnych badanych w wyniku braku zgody i braków danych w stosunku do planu badawczego, choć porównywalny z podobnymi badaniami. Należy zwrócić uwagę na to, że, mimo anonimowości, przeprowadzenie badania przez personel szpitala mogło wpłynąć na brak zgody na udział w badaniu lub wyniki kwestionariuszy z obawy przed potencjalnymi konsekwencjami. Kolejną sprawą jest fakt, że pacjenci byli badani tylko w obrębie jednej instytucji. W przyszłych badaniach tego typu można byłoby zwrócić większą uwagę na specyfikę różnych grup diagnostycznych, jak również uwzględnić kolejne istotne zmienne, np. ocenę nasilenia objawów.

---

### Conflict of interest/Konflikt interesu

Absent./Nie występuje.

### Financial support/Finansowanie

Absent./Nie występuje.

### References/Piśmiennictwo

1. Iversen KI, Høyer G, Sexton HC. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30: 504-511.
2. Katsakou C, Bowers L, Amos T, Morriss R, Rose D, Wykes T, et al. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 286-292.
3. O'Donoghue B, Roche E, Shannon S, Lyne J, Madigan K, Feeney L. Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatr Res* 2014; 215: 120-126.
4. Katsakou C, Marougka S, Garabette J, Rost F, Yeeles K, Priebe S. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatr Res* 2011; 187: 275-282.
5. Bindman J, Reid Y, Szmukler G, Tiller J, Thornicroft G, Leese M. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up – a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 160-166.
6. Fiorillo A, Giacco D, De Rosa C, Kallert T, Katsakou C, Onchev G, et al. Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 460-467.

7. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatr* 1996; 19: 201-217.
8. Beattie N, Shannon C, Kavanagh M, Mulholland C. Predictors of PTSD symptoms in response to psychosis and psychiatric admission. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 56-60.
9. Driessen M, Wertz J, Steinert T, Borbé R, Vieten B, Diefenbacher A, et al. Das Erleben der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. *Der Nervenarzt* 2013; 84: 45-54.
10. Bird VJ, Miglietta E, Giacco D, Bauer M, Greenberg L, Lorant V, et al. Factors associated with satisfaction of inpatient psychiatric care: a cross country comparison. *Psychol Med* 2020; 50: 284-292.
11. Ratner Y, Zendjidjian XY, Mendyk N, Timinsky I, Ritsner MS. Patients' satisfaction with hospital health care: Identifying indicators for people with severe mental disorder. *Psychiatr Res* 2018; 270: 503-509.
12. Gebhardt S, Wolak AM, Huber MT. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients – the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 53-60.
13. Köhler S, Unger T, Hoffmann S, Steinacher B, Fydrich T. Patient satisfaction with inpatient psychiatric treatment and its relation to treatment outcome in unipolar depression and schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2015; 19: 119-123.